

Hälsodeklaration vid vaccination

Gäller vaccination mot covid-19, influensa och pneumokocker.

Personnummer:

Fyll i en hälsodeklaration per person.

Namn:

Känner du dig frisk idag utan tecken på infektion som exempelvis feber?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du vaccinerat dig mot något de senaste 7 dagarna?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du allergi mot ägg?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du allergier mot något annat (till exempel födoämne, insekter, läkemedel) som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du behövt behandling på akutmottagning eller inläggning på sjukhus för?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du någon gång efter vaccination eller efter injektion av läkemedel fått en kraftig reaktion som du behövt behandling på akutmottagning eller inläggning på sjukhus för?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller behandling?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>Om patienten behandlas med antikoagulantia, var god se: www.smittskyddstockholm.se → Vaccination vid behandling med orala antikoagulantia</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du någon av följande kroniska sjukdomar eller tillstånd:		
Kronisk lungsjukdom, inklusive svår och instabil astma?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Nedsatt lungfunktion och försämrad hostkraft till följd av neuromuskulär sjukdom, extrem fetma (BMI>40) eller annat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kronisk hjärt- och kärlsjukdom inklusive stroke och högt blodtryck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Nedsatt immunförsvar till följd av sjukdom eller behandling? Till exempel immunbristsjukdom, nylig stamcellstransplantation, immunhämmande behandling vid cancer eller autoimmun sjukdom.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Genomgått organtransplantation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kronisk lever- eller njursvikt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Diabetes mellitus typ 1 eller 2?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

→ Fortsättning nästa sida

Har du något av följande tillstånd: cystisk fibros, cochelaimplantat, nefrotiskt syndrom eller likvorläckage?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du Downs syndrom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har din mjälte opererats bort eller har du dåligt fungerande mjälte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är du gravid? Om ja, ange graviditetsvecka:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är du vård-/omsorgspersonal?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Samtycker du till att dina vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

.....
Datum

.....
Underskrift av den som ska vaccineras

Lämna ifylld hälsodeklaration till din vaccinator.

	Vä	Hö	I.M.	S.C.	Batch, ev lapp
Covid-vaccin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Influensa-vaccin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumokock-vaccin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ifylles av vaccinator

Indikation för vaccination med konjugerat pneumokockvaccin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Vid vaccination av ungdomar yngre än 18 år		
Har samtycke inhämtats från vårdnadshavare enligt regionens riktlinjer? (OBS! Påskriften samtyckesblankett måste sparas!)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har samtycke från ungdomen godkänts efter individuell mognadsbedömning enligt regionens riktlinjer? (OBS! Gäller endast om ungdomen är född 2006 eller tidigare)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej